

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

434

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Félix BISMUTH

Né le 13 octobre 1897, à La Goulette (Tunisie)

**Les Formes occlusives
de l'Appendicite aiguë
chez le Vieillard**

Président : M. FÉLIX LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Félix BISMUTH

Né le 13 octobre 1897, à La Goulette (Tunisie)

**Les Formes occlusives
de l'Appendicite aiguë
chez le Vieillard**

Président : M. FÉLIX LEJARS, professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1931

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.

CHAILLEY-BERT. Physiologie.

AUBERTIN. . . Pathologie médicale.

BÉNARD (H.) . . Pathologie médicale.

BROCQ . . . Pathologie chirurgicale

BRULE. . . . Pathologie médicale.

CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.

CATHALA . . . Pathologie médicale.

CHABROL . . . Pathologie médicale.

CHEVALLIER. Pathologie médicale.

DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.

DOGNON. . . . Physique.

DONZELOT . . . Pathologie médicale.

ÉCALLE Obstétrique.

FEY Urologie.

GARNIER . . . Pathologie expérimentale

GASTINEL . . . Bactériologie.

GATELLIER . . Pathologie chirurgicale

GIROUD Histologie.

HARVIER. . . . Pathologie médicale.

HAZARD Pharmacologie.

HOVELACQUE Anatomie.

HUGUENIN. . . Anatomie pathologique.

HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

JOANNON. . . . Hygiène.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.

LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.

LEVEUF Pathologie chirurgicale.

LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.

LIAN. Pathologie médicale.

MILLOT Histologie.

MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.

MOREAU. . . . Pathologie médicale.

MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.

MOURE. Pathologie chirurgicale.

MULON. Histologie.

OBERLING. . . Anatomie pathologique.

OLIVIER. . . . Anatomie.

PIÉDELIEVRE Médecine légale.

PORTES Obstétrique.

QUENU. Pathologie chirurgicale.

RICHET. Physiologie.

SANNIÉ Chimie biologique.

SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.

VALLERY-RADOT

(Pasteur) . . . Pathologie médicale

VAUDESCAL. Obstétrique

VELTER. Ophtalmologie.

VERNE. Histologie.

VIGNES. Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.

GUÉNIOT. . . . Obstétrique.

LEQUEUX . . . Obstétrique.

LEROUX. . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie

RETTERER. . . Histologie.

ZIMMERN. . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
 BASSET. . . Clinique chirurgicale
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU. . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER. . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT. Agrégé .	
LEDOUX-LEBARD.	
WEILL-HALLÉ.	

Stomatologie,
 Education physique.
 Radiologie clinique
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1998, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FÉLIX LEJARS

Commandeur de la Légion d'honneur
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de médecine

*Qu'il daigne trouver ici l'hom-
mage de ma respectueuse recon-
naissance pour la bienveillance qu'il
m'a témoignée et pour l'honneur
qu'il me fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX D'ALGER

1919. M. LE PROFESSEUR LEBLANC

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROUX

MONSIEUR LE DOCTEUR JOUSSET

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CASTAIGNE

MONSIEUR LE DOCTEUR LABBÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les Formes occlusives de l'Appendicite aiguë chez le Vieillard

INTRODUCTION

La récente discussion à la Société de Chirurgie au sujet de l'appendicite aiguë a contribué à mettre en évidence la fréquence relative et peut-être insoupçonnée des appendicites à forme occlusive chez le vieillard, et à faire ressortir leur gravité puisqu'elles constituent un des principaux facteurs de mortalité des appendicites aiguës.

Au cours de notre séjour dans divers hôpitaux, nous avons eu l'occasion de voir opérer plusieurs malades, vieillards ou personnes âgées, présentant des tableaux d'occlusion intestinale, soit à type aigu ou à type de subocclusion et chez lesquels l'intervention a montré qu'il s'agissait en réalité d'une crise appendiculaire à forme occlusive.

Signalées dans tous les traités classiques, ces formes occlusives de l'appendicite chez le vieillard, seraient, d'après la plupart des auteurs, assez rares ; nous croyons au contraire qu'elles sont bien plus fréquentes qu'on ne le dit, mais, en général,

on voit les malades trop tard, le diagnostic n'est souvent pas posé, et la gravité de l'état général ne permet pas toujours un contrôle direct.

Nous apportons quelques observations personnelles où, dans plusieurs d'entre elles, le diagnostic d'occlusion avait été posé sans pouvoir préciser davantage. Si la mortalité est tellement élevée, nous pensons qu'elle est due non seulement au terrain sur lequel évolue l'affection, mais surtout au moment tardif auquel on intervient, du fait d'une symptomatologie fruste, d'un diagnostic imprécis.

Aucune maladie ne démontre mieux le danger d'attendre le tableau clinique complet avant de prendre une décision.

« Celui qui procède de la sorte, dit de Quervain, risque, fût-il animé des meilleures intentions, de sacrifier la vie du malade au diagnostic ».

Qu'on ne nous reproche pas de prêcher la paresse en matière de diagnostic. Il s'agit au contraire d'observer minutieusement, d'examiner à fond, de ne négliger aucun symptôme, mais ceci dans un minimum de temps, en vue d'une intervention rapide.

Il ne faut évidemment pas se précipiter sur tout ventre météorisé, mais penser que, assez fréquemment, sous ce météorisme trompeur, se cache une appendicite chez le vieillard.

Peut-être pourrait-on sauver ainsi bon nombre d'entre eux,

ÉTUDE ANATOMIQUE DES LÉSIONS

Au cours des interventions pour appendicite à tableau occlusif chez le vieillard, on a pu trouver toutes les lésions au niveau de l'appendice et du cæcum. Soit simple turgescence de l'organe, mais, en général, il est perforé, nécrosé, avec grosse infiltration de son méso.

Certains auteurs ont pu parfois trouver un appendice extrêmement volumineux, pouvant faire penser à un néo de l'appendice ; souvent, on trouve un magma adhérent entourant l'appendice qui est méconnaissable ; dans cette catégorie des faits, il est rare que l'on puisse réaliser son ablation.

Tous les organes entourant l'appendice réagissent à l'infection, mais d'une façon souvent circonscrite, œdémateuse, adhésive, fibrineuse.

Les anses grêles, sont souvent distendues, d'aspect rouge vineux, avec grosse congestion pariétale et œdème intense, parfois ulcérées.

Quant au cæcum, il présente en général des lésions extrêmement graves, énormes perforations, adhérences pariétales rendant l'extériorisation souvent impossible.

Il est fréquent, au contraire, que l'on n'arrive pas à repérer exactement la situation du foyer que

l'on draine, comme le fait justement remarquer Bérard dans son important ouvrage sur l'Appendicite. En effet, les parois du foyer se confondent sans un plan de clivage, avec le péritoine pariétal et viscéral, de toute la loge iliaque, le tout formant un gâteau plus ou moins dur qui a pu en imposer, dans certains cas, pour des lésions du bassin, et bien souvent, pour une tumeur infectée du cæcum, comme dans notre observation n^o 2, dans laquelle, même après ouverture de la paroi, on a hésité longtemps devant l'intensité des lésions, entre néoplasme du cæcum, infecté et ulcéré, ou appendicite gangréneuse ayant érodé le cæcum.

* * *

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

MÉCANISME.

Les occlusions paralytiques sont une complication fréquente des péritonites localisées ou diffuses, que celles-ci soient appendiculaires ou non.

Dudley, sur 48 péritonites appendiculaires, a trouvé 12 cas d'occlusion à type paralytique.

A des degrés étagés, elles font partie de toute évolution de péritonite et presque de toute inflammation péritonéale. Mais elles peuvent prendre une importance en quelque sorte débordante et mas-

quer l'inflammation causale sous-jacente responsable de la paralysie. C'est ce que l'on peut voir assez souvent au cours des péritonites d'allure insidieuse qui caractérisent les appendicites des gens âgés.

Mais ces occlusions ne sont pas toujours uniquement dynamiques. Un facteur d'obstruction s'y surajoute fréquemment par : coudures, adhérences, œdème inflammatoire, péri-appendicite accolant les anses. Parfois, cæcum, appendice, portion terminale de l'iléon sont enfouis sous un magna non particulièrement purulent, véritable péritonite localisée adhésive.

En somme, l'élément mécanique et l'élément paralytique s'associent ; il est difficile de se rendre compte exactement de la part qui revient à l'un ou à l'autre.

* * *

ÉTUDE CLINIQUE

Le début de l'affection est essentiellement variable.

Il peut être assez brutal, se présentant sous forme d'un tableau d'occlusion aiguë évoluant rapidement. Même tel, il peut déjà ne pas être reconnu, parce que très souvent la douleur a un siège différent. Elle est haut située, parce que le subictère,

l'oligurie, le peu de température, un pouls variable, font penser à un syndrome de colique abdominale.

Encore quelques heures, le tableau reste bâtarde :

Température peu élevée ou même normale ;

Quelques nausées seulement ;

Puis tympanisme qui augmente rapidement avec ballonnement considérable, arrêt des gaz.

On croit à une occlusion intestinale pour laquelle on intervient sans diagnostic de localisation précis, et à l'intervention on découvre des lésions d'appendicite aiguë avec début de péritonite appendiculaire (voir observation).

Plus souvent, l'évolution est beaucoup plus insidieuse, plus progressive, et l'observation n° 3 illustre de la façon la plus remarquable l'aspect clinique de ces appendicites occlusives.

C'est un malade (entre 60 et 80 ans), qui jusque-là en bonne santé, souvent un constipé habituel, qui présente quelques douleurs légères sans caractères particuliers dans la région abdominale, avec parfois sensation de torsion, de coliques plus ou moins intenses. Sa constipation s'est accentuée.

En même temps apparaissent quelques nausées rarement vomissements.

Il raconte que depuis deux ou trois jours, son ventre a notablement augmenté de volume.

La température est aux environs de 37°7.

Le pouls est un peu accéléré.

La langue est saburrale, parfois déjà sèche, rôtie.

Il présente un état d'asthénie assez particulier, est inquiet, se sent mal à l'aise.

Très souvent, le malade n'est pas vu, dès cette période de début. On pense à des phénomènes intestinaux banaux qu'on met sur le compte de la constipation. Le malade est parfois purgé et on sait la gravité de cette médication intempestive sur l'évolution des lésions.

Progressivement le syndrome occlusif se complète. Le météorisme s'étend ; localisé au début à droite il tend à gagner tout l'abdomen. C'est à ce moment, c'est-à-dire vers le 2^e ou le 3^e jour, que l'on est amené, en règle générale, à examiner les malades.

On est frappé de leur état général déficient qui témoigne d'une asthénie et d'une intoxication déjà marquées :

subictère des conjonctives,
langue sale, sèche rôtie,
pâleur du visage,
fatigue extrême,
urines rares, épaisses,
sensation de soif vive,
sudation facile.

La température est un élément essentiellement variable. Si, dans certains cas, elle peut atteindre 38-38°5, habituellement elle manque totalement,

étant une des causes d'erreur. Elle ne doit pas intervenir pour faire rejeter le diagnostic.

Le pouls est en rapport avec la température. Il n'est pas rare, cependant, de le voir s'accélérer, devenir petit, témoignant d'une défaillance de l'organisme intoxiqué.

A l'examen local, on est frappé; dès l'inspection, par le ballonnement abdominal, attaquant tout l'abdomen, donnant au ventre sa classique déformation dite en obusier.

A la percussion, il existe du tympanisme, également généralisé avec disparition de la matité hépatique. Parfois les flancs, et à condition de mettre le malade en décubitus latéral, présentent un peu de submatité.

A la palpation, l'abdomen se laisse mal déprimer; il importe de palper avec extrêmement de douceur, en demandant au malade de respirer largement. On examinera méthodiquement les différents étages abdominaux, et tout particulièrement la fosse iliaque droite. Car c'est là qu'on pourra trouver les signes qui orienteront dans une certaine mesure vers le diagnostic d'appendicite.

On précisera la douleur — souvent peu nette et généralisée, parfois même épigastrique. Il est rare qu'elle présente son maximum nettement au niveau de la région appendiculaire. C'est par une palpation méthodique profonde, en insistant, qu'on réveillera, dans certains cas, une douleur au Mac Burney qui présente une considérable valeur diagnostique.

C'est également la palpation progressive, douce, les mains bien à plat, qui mettra en évidence une résistance de la paroi dans la fosse iliaque droite.

Cette contracture pariétale précoce a une grosse valeur diagnostique.

Parfois, au cours de ces examens, on perçoit au niveau de la fosse iliaque droite, une masse, irrégulière, profonde, légèrement douloureuse, traduisant la péritonite plastique sous-jacente.

On ne manquera pas de rechercher les ondes péristaltiques intestinales, soit qu'elles apparaissent spontanément, soit qu'on les provoque par une excitation externe. Leur présence ne doit cependant, en aucun cas, faire rejeter le diagnostic d'appendicite, ainsi que le montre une de nos observations.

L'examen sera complété par :

Le toucher rectal.

Le toucher vaginal.

Ces examens ayant surtout une valeur négative, l'absence de tumeur abdominale basse ou de tumeur du petit bassin chez un sujet âgé en occlusion, justifiant l'hypothèse d'appendicite occlusive.

Au total, ce qui domine à cette phase, ce sont des phénomènes d'occlusion ou plutôt de sub-occlusion se constituant progressivement, et on est tenté de penser de prime abord à un cancer sténosant du colon terminal, d'autant que l'état de déficience de ces malades, leur aspect cachectique, les signes

d'intoxication plaident en faveur de ce diagnostic.

Tous les signes sont trompeurs, on attend. Il n'y a d'abord qu'une réaction atténuée, puis sans autre avertissement, on voit les signes s'aggraver, et les phénomènes toxiques revêtir une allure très sérieuse.

C'est ainsi que chez un homme de 72 ans qui présentait cette évolution extrêmement insidieuse, Dieulafoy est intervenu le 8^e jour : Incision iliaque sous anesthésie locale. Evacuation du pus qui inondait tout l'étage sus-mésocolique et tout le bassin. Après dégagement du cœcum et de l'appendice fixés au milieu d'adhérences à la paroi pelvienne et appendice dilaté vers son insertion cœcale, malgré le drainage, la mort survint deux jours après.

Il faut donc intervenir le plus tôt possible et pour cela il faut penser à soupçonner l'appendice en présence de cet état subocclusif, même en l'absence de signes locaux appendiculaires, en l'absence de température.

Rapidement, en effet, l'affection franchit les étapes, soit que les signes d'intoxication prédominent, entraînant des manifestations d'insuffisance hépatique et d'insuffisance rénale, et alors toute intervention est illusoire, soit que, sur cette subocclusion à évolution lente se greffe brusquement une occlusion aiguë, avec : vomissements, fécaloïdes.

Arrêt complet des matières et des gaz,
Ballonnement considérable.

Mais on ne doit pas exiger, pour faire ce diagnostic, le carré de tradition.

Même opéré relativement de bonne heure et dans de bonnes conditions, le malade n'est pas à l'abri de complications post-opératoires :

Phénomènes d'intoxication persistants malgré la fistule de dérivation, oligurie, sub-ictère, accidents cardiaques et broncho-pneumonies qui ne sont pas exceptionnels chez ces vieillards affaiblis, en état de moindre résistance et chez qui il faut tout mettre en œuvre pour éviter ces complications graves.

Telles sont les complications des appendicites aiguës occlusives dans leur aspect le plus habituel. Mais leur aspect clinique est essentiellement variable, permettant d'individualiser un certain nombre de formes cliniques.

* * *

FORMES CLINIQUES

I. *Forme occlusive pure.* — C'est le tableau le plus typique de l'occlusion néoplasique bas située, avec ballonnement progressif, nausées, mais vomissements tardifs, avec arrêt des matières, mais émission des gaz persistants, état général conservé, qui risque de faire diférer l'intervention.

C'est l'absence des lésions au toucher rectal et à

la palpation de la fosse iliaque gauche qui pourrait orienter vers le diagnostic d'une lésion appendiculaire.

Evidemment, le diagnostic bénéficierait grandement d'un examen radioscopique après lavement baryté, mais celui-ci risque encore de faire prolonger la date de l'intervention et, d'autre part, il n'est pas sans danger.

Il faut penser à l'appendicite sous ce masque trompeur et ne pas hésiter à intervenir; tout délai aggrave considérablement le pronostic.

II. *Forme occlusive avec signes appendiculaires.* — Ce sont encore les signes d'occlusion qui dominent le tableau clinique. Mais un examen soigneux et attentif permettra de mettre en évidence un point douloureux, nettement appendiculaire, une poussée de température si légère soit-elle, orientera également vers le diagnostic de l'appendicite aiguë.

III. *Plus rarement*, c'est en présence d'une occlusion brutale à type d'occlusion du grêle, que l'on soupçonnera l'atteinte appendiculaire.

Ici le tableau est plus dramatique.

Le ballonnement est rapidement considérable.

Les vomissements sont précoces, fécaloïdes.

Il existe des mouvements péristaltiques dessinant les anses intestinales sous la paroi. Les signes d'intoxication sont précoces et intenses et l'évolution est extrêmement rapide.

IV. *Pour terminer nous ne ferons que citer les formes fébriles, les formes tumorales par péritonite plastique simulant soit la tuberculose iléo-cæcale, mais surtout le cancer cæcal.*

* * *

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des formes occlusives de l'appendicite aiguë, chez le vieillard, est souvent extrêmement difficile, et pourtant on doit s'efforcer par tous les moyens, à le préciser rapidement, car seule une intervention faite avant que les signes de toxi-infection soient très accentués, peut sauver la vie du malade.

En général, le tableau clinique est celui d'une occlusion intestinale basse.

L'âge du malade, les antécédents intestinaux, si fréquents, le début insidieux, l'atteinte profonde de l'état général, tout fait penser à la possibilité d'un obstacle colique par néoplasme.

Rien, en effet, n'est plus difficile à éliminer, car les deux tableaux cliniques sont superposables.

Quels vont être les signes qui permettront, dans une certaine mesure, de penser à l'appendicite ?

Souvent à l'interrogatoire, la notion des crises antérieures que le malade décrit d'une façon vrai-

ment saisissante, comme dans l'observation de Bérard, permet de penser d'emblée à l'appendicite. Mais en général, ou le malade ne se souvient pas de ces crises antérieures, ou trop souvent elles manquent.

Les signes digestifs n'ont rien de particulier, ce sont, en général, des malades présentant un long passé de constipation chronique, avec souvent crises d'engouement, et entrecoupées souvent de débâcles diarrhéiques.

Ces signes, on le voit, peuvent aussi bien se rencontrer dans un néoplasme colique.

On ne saurait trop insister sur l'intérêt que l'on a à examiner attentivement ces malades, souvent il y a l'idée préconçue d'un néoplasme et l'on part pour une exploration médiane.

Il faudra s'attacher à bien palper la fosse iliaque droite ; on trouve souvent des signes qui permettent dans une certaine mesure, d'orienter le diagnostic.

D'abord, la douleur ; en général elle est généralisée, parfois même épigastrique, mais souvent on arrive à trouver le maximum douloureux en pleine région appendiculaire.

La contracture pariétale a une plus grosse valeur diagnostique ; dans une de nos observations, elle nous a permis de l'orienter.

Dans d'autres cas, l'examen permet de trouver au milieu des signes d'occlusion typique, une grosse masse siégeant dans la fosse iliaque droite.

Souvent, on ne la sent qu'après avoir anesthésié le malade.

Elle se présente sous l'aspect d'une masse profonde, plastronnée, douloureuse, à limites peu nettes.

Ce signe a une grosse importance clinique et thérapeutique ; en effet, s'il ne permet pas d'éliminer un néoplasme du cæcum infiltré et avec des poussées inflammatoires, il peut, par contre, guider l'incision qui sera oblique droite, et ceci chez des malades à ventre distendu a une grosse importance.

Les signes généraux seront notés avec soin ; souvent c'est la température qui chez un malade en état d'occlusion, éveillera l'hypothèse d'une lésion inflammatoire s'accompagnant d'un iléus paralytique ; et c'est toujours à l'appendice qu'il faudra penser en premier lieu.

Mais il ne faut pas non plus trop compter sur elle ; dans l'observation de Bérard, elle restait à 37°5 et pourtant l'évolution aiguë des accidents a bien montré la gravité de l'affection.

Plus rarement, le tableau, au lieu d'être insidieux et torpide, se présente sous l'aspect d'une occlusion aiguë, à type haut, avec contractures péristaltiques visibles sur la paroi. Dans ces cas, toutes les erreurs sont possibles ; on pense à un obstacle du grêle, qui commande une intervention médiane.

En résumé, nous voyons la difficulté extrême du diagnostic qui se pose surtout avec les cancers du côlon, si bien qu'en dernier lieu, et très souvent, on

se limite à poser le diagnostic de syndrome occlusif nécessitant une intervention immédiate.

Mais il est une question capitale et en cas de doute il ne faut jamais s'abstenir.

La preuve a été faite que si la mortalité est si élevée au cours de l'appendicite chez le vieillard, elle est due surtout et avant tout, aux retards apportés à une thérapeutique active.

C'est souvent l'état précaire de ces malades qui fait surgir de nombreuses hésitations quant au traitement opératoire.

Actuellement, l'anesthésie locale et la rachi-anesthésie ont facilité grandement les interventions exploratrices et on n'aura même pas le prétexte d'une narcose pour refuser à un diagnostic probable la confirmation de l'intervention qui, faite dès le début des accidents, peut et doit donner dans beaucoup de cas, des résultats heureux.

* * *

PRONOSTIC

Le pronostic des appendicites aiguës à forme occlusive chez le vieillard doit être dans l'ensemble extrêmement réservé. Plusieurs facteurs interviennent en effet et s'associent pour l'aggraver.

Ce sont des sujets âgés, souvent des vieillards

fatigués, des constipés habituels prédisposés aux accidents de stercorémie, à antécédents cardio-pulmonaires chargés, qui ne font pas les frais d'une intervention plus ou moins longue.

Les signes d'intoxication sont précoces par suite de la toxicité particulière du contenu intestinal au-dessus de la sténose. On retrouve constamment chez ces malades le syndrome humoral si bien mis en évidence par Binet :

Polycholie, hyperglycémie, hypochlorémie, contre lequel on luttera d'ailleurs efficacement par des injections répétées de solutions salées hypertoniques en injections intraveineuses.

Enfin, et surtout, et c'est là le point sur lequel nous voulons insister, le principal facteur de gravité est l'heure tardive à laquelle on intervient habituellement et c'est parce que le diagnostic n'a pas été posé, parce qu'on s'est laissé tenter par un diagnostic de néoplasme colique qui semblait s'imposer, parce qu'on n'a pas pensé suffisamment que l'appendice pouvait être en cause, parce que l'insidiosité du début, l'allure peu dramatique des accidents, qu'on fait différer l'intervention.

* * *

TRAITEMENT

Le traitement doit être à la fois chirurgical et médical.

Il doit être institué, précocement, car si l'on attend que l'intoxication ait atteint profondément l'organisme, il y aura peu de chances de succès.

L'intervention faite d'urgence devant un tableau occlusif survenant chez tout vieillard tel que nous l'avons étudié, doit être la règle.

1^o Il faudra, avant de pratiquer l'intervention, préparer ces malades qui sont extrêmement fatigués, et chez qui le moindre shock peut amener des complications fatales.

On fera :

du sérum physiologique : 500 gr. à 1 litre.

des tonicardiaques :

huile camphrée,

caféine,

1/4 ouabaïne intra-veineuse au besoin si l'état du cœur laisse à désirer ;

2^o Le choix de l'anesthésique est capital ; on s'efforcera toujours d'utiliser le plus possible l'anesthésie locale.

Si le diagnostic a pu être précisé, l'anesthésie

locale permet largement l'incision dans la fosse iliaque.

Si le diagnostic d'appendicite n'est pas porté, et que l'on soit obligé d'inciser par voie médiane, nous croyons que la rachianesthésie est préférable ; elle donne un silence abdominal complet, et contribue souvent à faire disparaître les phénomènes d'occlusion.

En tous les cas, on sera très prudent avec l'anesthésie générale, qui ne sera donnée que dans des circonstances déterminées, et après avoir bien examiné la résistance du malade.

Dans ces cas le chloroforme sera donné de préférence.

3^o *Voie d'abord.* — Si le diagnostic d'appendicite est porté, l'incision de Mac Burney ou bien de Walter peuvent largement suffire.

De même on fera une incision oblique si une grosse masse est perceptible dans la fosse iliaque.

Si non, on sera forcé de faire une médiane, surtout si le ventre n'est pas trop distendu et que le début a été brusque.

4^o *Comment se comporter vis-à-vis des lésions ?.* — Tout dépend de la variété anatomique de la lésion. Certes, dans certains cas, rien n'est plus facile qu'enlever un appendice à moitié perforé et flottant dans le liquide péritonéal.

Mais à côté de ces cas faciles, il y en a d'autres

dans lesquels les lésions sont tellement intenses que la conduite à tenir peut varier.

Souvent, en effet, on tombe sur un foyer purulent, ou putride ; il est absolument impossible de trouver l'appendice. Il faudra se contenter de drainer largement avec des tubes de caoutchouc et mèches ou bien mettre un Mickuelicz. Dans d'autres cas et devant l'intensité des lésions qui ont envahi et ulcéré le cœcum, il ne reste qu'une ressource : l'extériorisation de la partie malade.

5^o *Faut-il faire une iléostomie de dérivation, comme certains le conseillent ?*

Nous pensons que c'est surtout un cas d'espèce ; si le grêle semble très dilaté, peut-être faudrait-il mieux l'effectuer.

6^o En tous les cas, et tout de suite après l'intervention, on n'oubliera pas de faire à ces malades du *sérum hypertonique salé*, par voie intraveineuse (10 cmc.) à renouveler deux à trois fois par jour.

Continuer de façon intensive le *sérum physiologique* et les *toni-cardiaques*.

Mettre ces malades en position assise, dans leur lit, de façon à éviter autant que possible les redoutables complications pulmonaires.

* * *

OBSERVATION TYPE prise d'après BÉRARD.

Observation de Bérard (n° 128).

*Appendicite perforante à type d'occlusion,
avec pouls et température peu influencée.*

M. M..., 60 ans, habitant Paris, vient à Lyon au mois de juin 1912, quand il est pris, au milieu de l'après-midi du 28 juin, d'une sensation de gêne extrême, avec douleurs abdominales vagues, et quelques hoquets.

Il rentre aussitôt à son hôtel, raconte au médecin appelé que, en 1911, il avait eu une crise appendiculaire aiguë diagnostiquée par Jalaguier et qui présentait un début analogue.

On le met à la diète, repos, glace.

Le lendemain, le malade veut rentrer à Paris mais comme il subsiste une douleur à la palpation de la fosse iliaque, avec du tympanisme cœcale, une langue sale, quelques hoquets sans vomissements, mais sans expulsion de matières ni de gaz depuis deux jours, comme le pouls est à 95° et la température au-dessus de 38°, on insiste au contraire pour qu'il observe un repos strict au lit, avec diète, opium et application de glace sur l'abdomen.

Le 3^e jour, après une nuit sans sommeil, mais assez

calme, l'état local ne s'est pas amélioré, la température est à 38°, le pouls à 92°.

Le tympanisme a diffusé, sans suppression toutefois des mouvements du diaphragme et de la paroi.

Dans la matinée, le malade est transporté à la clinique. Le soir, la température est de 38°5, sans nouvel incident autre qu'une ou deux régurgitations de liquide bilieux, avec quelques hoquets et des éructations.

Toujours pas de selles ni de gaz.

Le 4^e jour, dès le matin, on voit le malade qui a une température de 37°5, un pouls à 84°, la face est congestionnée et l'aspect très fatigué.

L'interrogatoire fait préciser au malade une série de crises appendiculaires antérieures ; en 1895, en 1911.

A l'examen du ventre et malgré la glace, l'épigastre est saillant et douloureux spontanément et à la pression.

Le diaphragme et sa paroi sont encore mobiles mais gênés dans leur ampliation.

La pression dans la fosse iliaque droite n'est douloureuse que si l'on appuie très fortement.

Toucher rectal négatif.

Rien au niveau de la vésicule, ni du rein.

Bien que la température soit à 37°5 et le pouls à 84°, on conseille une opération immédiate à cause du *tympanisme* progressif, sans plastron iliaque de localisation, à cause de la douleur épigastrique, du subictère, des urines plus rares depuis la veille et surtout à cause de l'absence de *toute émission de gaz et de matières depuis 4 jours*.

L'opération est pratiquée immédiatement.

Même sous anesthésie on ne perçoit rien dans la fosse iliaque à la palpation,

Incision bout externe du grand droit ; les plans sous-péritonéaux apparaissent roses et infiltrés d'œdème.

Dès l'ouverture du péritoine s'écoule du pus mal odorant, mal lié, qui sourd de la profondeur entre les anses grêles, et le cæcum.

Il n'y a aucun enkystement de l'abcès.

Des compresses sont introduites dans la cavité péritonéale et en suivant le cæcum on arrive péniblement sur un appendicite situé en arrière. et en dehors de lui, la pointe en l'air :

La base est perforée largement au contact d'un calcul stercoral, recouvert de fausses membranes.

Du pus a fusé le long du colon ascendant, mais il y a une plus grande quantité dans le Douglas, d'où il est retiré à l'aide d'un aspirateur.

Un gros drain plonge dans le fond du petit bassin ; une compresse est introduite sur le bord interne de la plaie pour favoriser le cloisonnement de la grande cavité péritonéale et pour tamponner la plaie pariétale laissée grandement ouverte.

Sérum, huile camphrée.

Malade assis dans son lit.

Journée excellente, des gaz sont rendus.

La malade sort guérie au bout d'un mois.

NOS OBSERVATIONS

Observation 1 (Personnelle inédite).

Mme P..., Joséphine, âgée de 61 ans.

Admise à l'hôpital de la Pitié le 28 mars 1930, avec le diagnostic d'occlusion intestinale à forme basse, probablement néoplasique.

A l'interrogatoire, la malade raconte qu'elle souffre de son abdomen depuis longtemps, en particulier au niveau de la fosse iliaque droite.

Le début des accidents pour lesquels elle a été hospitalisée est difficile à préciser, la malade se sentait fatiguée depuis quelques jours.

Anorexie.

Fièvre légère à 38°.

Depuis deux jours l'état s'est aggravé.

Apparition de vomissements bilieux puis fétides.

Arrêt complet des matières et des gaz.

A l'examen : on se trouve en présence d'une malade paraissant extrêmement fatiguée, le faciès est excavé, la voix faible.

La température à 38°5,

Le pouls rapide : à 120°.

L'inspection de son abdomen montre un ballonnement régulier.

Pas de contractions péristaltiques visibles sur la paroi.

La palpation de tout l'abdomen est douloureuse, mais c'est surtout au niveau de la fosse iliaque que la malade accuse une douleur plus vive ; à ce niveau, et en palpant doucement, on sent une masse profonde que l'on prend pour un néoplasme.

Le toucher rectal est négatif de même que le toucher vaginal.

On décide l'intervention d'urgence et l'on opère en croyant qu'il s'agit d'un néoplasme du cæcum.

Incision oblique droite.

Rachi-anesthésie.

Dès l'ouverture de la paroi, on tombe sur une fosse iliaque dans laquelle pus et gaz ont déjà perforé le péritoine et filtré dans la paroi.

On trouve du pus et des matières fécales recouvrant l'intestin.

La région appendiculaire est soudée au grêle, où l'examen permet de trouver une perforation que l'on oblitère au fil de lin.

L'appendice est complètement détruit et impossible à trouver.

Le cæcum présente des lésions avancées.

Drainage au Mickulicz.

Deux mèches dans le Mickulicz.

Deux mèches en dehors du sac drainent la fosse iliaque extra-péritonéale. Deux gros fils de lin totaux.

La malade meurt quelques heures après l'intervention.

Observation 2 (personnelle inédite).

Mme L... Thérèse, Agée de 78 ans.

Entrée à l'hôpital de la Pitié le 20 février 1931 avec le diagnostic de syndrome d'occlusion intestinale à forme basse, simulant le néoplasme colique.

Le début des accidents remonte à trois jours ; la malade qui se sentait fatiguée depuis un certain temps a commencé à souffrir de tout son abdomen.

Le soir même, vomissements bilieux, répétés.

Arrêt complet des matières et des gaz.

La température est peu élevée.

L'examen à son entrée à l'hôpital montre une malade paraissant extrêmement fatiguée, facies excavé, langue sèche, rôtie.

Les vomissements persistent bilieux, puis noirâtres, extrêmement fétides.

L'arrêt des matières et des gaz est absolu.

La malade se plaint de tout son abdomen, qui est ballonné sans que l'on puisse voir des contractions peristaltiques se dessiner sur la paroi.

La palpation réveille la douleur un peu partout, mais le maximum siège au niveau de la fosse iliaque droite.

A ce niveau et en palpant doucement, on arrive à soupçonner une masse profonde, du volume d'un poing, de consistance dure, mal délimitée et qui paraît très douloureuse.

Le toucher rectal ne montre rien d'anormal.

L'interrogatoire ne permet pas de trouver des crises analogues antérieures.

La malade est une vieille constipée, présentant parfois des crises à type entérique.

Devant un tel tableau clinique, associé à l'âge de la malade, et surtout à la présence de la tumeur dans la fosse droite, on porte le diagnostic d'occlusion intestinale par néoplasme du cæcum infecté, car en effet, la malade présentait un état fébrile :

Température à 38°5.

Pouls à 100.

L'intervention est faite d'urgence.

Anesthésie locale, à la novocaïne.

Incision oblique droite.

Dès l'ouverture du péritoine, il s'échappe un flot de pus mélangé à des matières fécales.

La main introduite dans la plaie montre un gros bloc cæco-appendiculaire, très infiltré. On hésite entre cancer ulcéré ou appendice gangréneuse, tellement le cratère érodant le cæcum est volumineux.

Aucune ablation n'est possible, car ces organes sont fixés à la paroi postérieure et par ailleurs extrêmement friables.

Par des tractions douces on arrive à amener le large cratère ulcéré du cæcum à la peau.

Fixation de celui-ci, en laissant extériorisée toute l'ulcération.

Tout de suite après l'opération on fait 10 cmc. de sérum hypertonique, renouvelé dans la nuit.

Huile camphrée. Caféine. Un litre de sérum.

Malgré cette thérapeutique, la malade décède le lendemain, dans le collapsus.

Observation 3 (personnelle, inédite).

Mme C., F., âgée de 65 ans.

Entrée à l'hôpital de la Pitié pour des phénomènes de subocclusion.

Dans ses antécédents, rien de particulier à signaler, si ce n'est, cependant, à plusieurs reprises des crises douloureuses légères et passagères à prédominance dans la fosse iliaque droite, une constipation opiniâtre, résistant aux médications habituelles et remontant à plusieurs mois.

Femme amaigrie, déshydratée.

Pas de température.

Un pouls rapide, petit, à 120.

Le début des accidents remonte à quelques jours.

Pas de douleur nette. Aucune localisation précise.

Ce qui domine c'est un ballonnement progressif de l'abdomen avec constipation, sans arrêt des gaz.

L'examen montre en effet un ventre météorisé mais uniformément, sans dilatation localisée. Sous la paroi mince, peu musclée, on ne voit pas se dessiner les anses intestinales, même après excitation cutanée.

Le toucher rectal montre une ampoule vide.

Au toucher vaginal, on ne trouve rien dans le petit bassin qui puisse être mis en cause.

On pense d'emblée à un néoplasme sténosant du côlon terminal, et devant le peu de gravité des symptômes, la conservation d'un état général relativement satisfaisant, on

pense pouvoir différer l'intervention, et on demande à l'examen radioscopique confirmation du diagnostic.

L'examen radioscopique après lavement baryté ne montre aucune sténose, le côlon se remplit parfaitement.

On décide alors de pratiquer une laparotomie exploratrice lorsque brusquement, 5 jours après l'hospitalisation de la malade, les accidents s'aggravent, et on se trouve en présence d'un tableau d'occlusion aiguë confirmée.

Arrêt complet des matières et des gaz.

Vomissements fécaloïdes, abondants.

Abdomen très météorisé, en obusier, tendu avec disparition complète de la matité hépatique. Pas de point douloureux à la palpation.

Etat général très alarmant.

Langue sèche, rôtie. Signes d'intoxication.

Pouls petit, rapide.

Mais température aux environs de la normale. *Un examen* attentif permet de constater à jour frisant, la présence de petites vagues péristaltiques, courtes, surtout visibles dans la région sus-ombilicale, si bien qu'on décide d'intervenir immédiatement avec le diagnostic de sténose du grêle.

Lavage d'estomac pré-opératoire.

Rachi-anesthésie : 333. Excellente.

Laparotomie médiane.

Liquide clair dans le ventre.

Cæcum plat, mais grêle distendu, rouge, vineux, jusqu'à sa terminaison.

Appendice sphacélé, extrêmement adhérent, avec périté-

nite adhésive, ayant fixé l'angle iléo-cæcal en un véritable bloc.

Au cours des manœuvres, on rompt un petit abcès appendiculaire.

On aurait désiré pratiquer une appendicectomie mais les lésions appendiculaires sont trop avancées.

L'ablation de l'appendice est extrêmement difficile.

On termine par une iléostomie de dérivation sur la partie toute terminale du grêle sur coude de Pezzer.

Malade véritablement mourante sur la table d'opération.

Traitement post-opératoire habituel.

Huile camphrée, à hautes doses, répétées.

Caféine.

Sérum glucosé intra-rectal.

Sérum physiologique sous-cutané (1 litre).

Sérum hypertonique intraveineux, les jours suivants.

Le lendemain, malade nettement améliorée.

L'état général est très satisfaisant.

La sonde fonctionne parfaitement.

L'amélioration persiste pendant quelques jours.

La malade succombe assez rapidement vers le 8^e jour, à une complication pulmonaire à type broncho-pneumonique suraigu.

Observation 4 (personnelle, inédite).

Mme R., Suzanne, âgée de 70 ans.

Entrée à l'hôpital d'urgence le 2 mai 1931, avec le diagnostic de syndrome d'occlusion intestinale d'origine néoplasique.

Le début des accidents remonte à 2 jours.

La malade déjà fatiguée, a commencé à sentir une douleur diffuse au niveau de toute la cavité péritonéale.

La température est montée légèrement à 38,5.

Pas de selles ni de gaz.

Le soir, la malade présente un vomissement bilieux.

Le lendemain, son état s'est aggravé :

Douleurs plus marquées au niveau de l'abdomen.

Vomissements répétés bilieux, puis fétides.

Arrêt complet des matières et des gaz.

Son médecin lui conseille d'entrer d'urgence à l'hôpital.

A l'examen :

Malade très fatiguée.

Déshydratation considérable.

Langue sèche, rôtie.

Pouls petit, rapide à 120.

Température à 38.

L'abdomen est ballonné avec cadre colique. On ne perçoit pas d'ondes péristaltiques sur la paroi.

La palpation méthodique montre toute la paroi abdominale également douloureuse.

On ne sent aucune masse dans la fosse iliaque droite.

Le toucher rectal est négatif, l'ampoule rectale est vide.

Le toucher vaginal montre les culs-de sac libres.

L'exploration des trajets herniaires est négative.

L'interrogatoire permet de préciser des crises douloureuses antérieures, « dites » hépatiques, accompagnées de constipation et débâcles diarrhéiques.

Devant un tel tableau clinique, on porte le diagnostic d'occlusion par obstacle colique, probablement cancer.

On décide l'intervention :

Rachianesthésie.

Laparotomie médiané sous-ombilicale.

Dès l'ouverture du péritoine, il s'échappe un flot de pus fétide.

En se poissant vers la fosse iliaque droite, on arrive à trouver et à ramener un appendice gangréné et perforé entouré d'un magma épiplœique.

Appendicectomie.

Exploration abdomen montre grêle un peu distendu, si bien qu'on hésite à faire une iléostomie de dérivation.

Finalement on met simplement des mèches et un gros drain.

Fermeture partielle de la paroi.

A la fin de l'opération, et sous l'effet de la Rachi, probablement, la malade a émis sur la table d'opérations une abondante selle, accompagnée de gaz.

Sérum hypertonique 10 cmc. répété dans la nuit.

Huile camphrée. Sérum physiologique.

Le lendemain la malade va beaucoup mieux.

Elle a eu des gaz et deux selles.

Son ventre est souple.

Son faciès meilleur.

La température reste à 38,5.

Le pouls rapide à 120.

Le 4^e jour alors que tout semblait aller bien, on trouve la malade un peu dyspnéique.

La température est montée à 39.

Le pouls est toujours à 120.

L'examen du ventre le montre souple. La malade a continué à présenter des matières et des gaz par l'anus.

Pas de vomissements.

L'auscultation montre par contre au niveau de base un foyer pulmonaire net.

Malgré un traitement médical énergique, le malade succombe le 8^e jour de défaillance cardiaque.

Observation 5 (personnelle, inédite).

Mme R... Marie, 79 ans.

Appendicite aiguë suppurée à forme occlusive.

Entrée à l'hôpital de la Pitié, le 26 mai 1931, ayant présenté autrefois des phénomènes douloureux abdominaux, prédominant à droite.

A toujours une bonne santé.

Aurait eu une contusion dans la région épigastrique environ un mois auparavant. C'est à cette date qu'elle fait remonter le début de ses accidents.

En réalité, un interrogatoire précis montre que c'est seulement 48 heures avant son entrée à l'hôpital qu'elle a ressenti une douleur abdominale généralisée, puis médiane, tendant à se localiser au niveau de l'hypocondre et de la fosse iliaque droite.

En même temps, ballonnement du ventre, arrêt des matières et des gaz, absence de vomissements.

A l'examen, on est frappé par un état général extrêmement déficient, un pouls rapide, une température à 38,4.

Le ventre est assez météorisé ; il n'y a pas de péristaltisme intestinal.

On intervient avec le diagnostic d'appendicite aiguë à forme occlusive.

Incision de Mac Burney.

A l'ouverture du péritoine, émission de gaz abondants et de pus provenant d'un abcès péri-appendiculaire.

L'appendice est sclérosé, rétracté.

Appendicectomie sans enfouissement.

Un drain est placé dans le Douglas.

Les suites opératoires ont été normales.

Du sérum hypertonique a été injecté dans les veines le jour même de l'intervention et les jours suivants.

Actuellement, la malade est encore hospitalisée, et doit quitter le service incessamment.

Observation 6 (personnelle, inédite).

M. H... Martin, âgé de 60 ans.

Entré à l'hôpital de la Pitié le 7 juillet 1929, malade présentant un syndrome d'occlusion intestinale ayant débuté il y a deux jours.

A l'interrogatoire, on ne trouve aucun antécédent, il s'agit d'un constipé chronique. Le début des accidents a été insidieux ; fatigue très marquée, anorexie, mais ce seulement il y a deux jours que le malade a été obligé de s'aliter à cause des douleurs généralisées à tout l'abdomen.

En même temps :

Vomissements bilieux répétés.

Arrêt complet des matières et des gaz.

Température à 38 $\frac{1}{2}$.

Pouls à 100.

L'examen montre un abdomen ballonné, mais la palpation décelé une contracture légère de la fosse iliaque droite. C'est là que le malade accuse surtout la douleur à la pression.

Pas de péristaltisme visible. Toucher rectal montre ampoule rectale vide, mais douloureuse sur sa face antérieure.

L'état général est très grave.

Facies profondément infecté.

Malade très shocké.

On décide l'intervention d'urgence, avec le diagnostic d'appendicite grave.

Anesthésie générale à l'éther.

Incision de Mac Burney.

Dès l'ouverture du péritoine, il s'échappe un flot de pus extrêmement fétide.

L'appendice est sphacelé et se coupe à la ligature. Toute la base du cæcum est cartonnée.

On met deux drains et trois mèches. Sérum hypertonique 10 cmc., renouvelé le lendemain.

Les jours suivants, les vomissements ont disparu, le malade a évacué des matières et des gaz, mais l'intoxication persiste comme le prouvent la température à 39° et le pouls qui est à 120.

Le 11 juillet le malade meurt, profondément intoxiqué.

Observation 7 (personnelle inédite).

Mme S... Lucie, âgée de 74 ans.

Entrée à l'hôpital de la Pitié le 7 avril 1931.

Malade présentant un syndrome d'occlusion intestinale, datant de 36 heures.

L'interrogatoire montre que la malade avait présenté déjà à plusieurs reprises des crises douloureuses, vagues, comme dans une appendicite chronique.

Son médecin lui avait conseillé une intervention à froid.

Depuis 36 heures, douleurs généralisées à toute la paroi abdominale.

Vomissements répétés.

Arrêt complet des matières et des gaz.

A l'examen :

Facès fatigué.

Pouls rapide à 120.

Température à 38° 1/2.

L'inspection du ventre le montre ballonné, sans que l'on puisse constater des mouvements péristaltiques.

Sa palpation réveille une douleur généralisée à tout l'abdomen. On ne trouve aucune masse dans la fosse iliaque droite.

Toucher rectal négatif.

L'intervention d'urgence est décidée, et devant l'incertitude du diagnostic, on se décide à faire une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Anesthésie locale au début, continue par quelques bouffées de chloroforme.

A l'ouverture du péritoine, il s'échappe une grande quantité de pus fétide.

On se porte vers la région appendiculaire qui montre un appendice gangrené.

Ablation sans enfouissement au thermo. Fermeture partielle. Drains, mèches.

Les suites opératoires sont favorables.

La malade a eu des gaz et quelques matières, mais l'état reste très grave.

Sérum hypertonique répété.

Tonicardiaques.

Le 3^e jour, le faciès s'altère.

Le pouls est rapide, petit.

La température à 38°.

La malade n'a plus ni matières, ni gaz.

Décédée le 5^e jour d'intoxication générale et des propres de son occlusion qui n'a pas complètement disparu.

CONCLUSIONS

I. — Les appendicites aiguës ou subaiguës à forme occlusive ne sont pas une rareté. Elles se rencontrent surtout chez les sujets âgés, chez qui l'appendicite revêt presque constamment le type pseudo-occlusif.

II. — Leur allure clinique est dans la règle celle d'une occlusion progressive, à type néoplasique, se constituant petit à petit, pouvant dans certains cas se démasquer brusquement avec un tableau de sténose serrée du grêle. Elles sont extrêmement insidieuses, passant souvent inaperçues, la douleur manquant dans un grand nombre de cas, ni n'orientant pas vers la région appendiculaire.

III. — Elles sont très graves :

En raison du terrain sur lequel elles évoluent. Vieillard fatigué à cœur défaillant.

Signes d'intoxication d'autant plus précoces que l'occlusion siège sur le grêle.

Intervention souvent retardée, du fait de la difficulté du diagnostic, de l'insidiosité, de l'affection.

IV. — Leur diagnostic est, en effet, d'une grande difficulté. Les principales causes d'erreur sont :

1^o De ne pas se laisser obséder par l'idée d'un cancer du côlon descendant sous le masque duquel elles semblent évoluer dans la majorité des cas ;

2^o De ne pas croire à une appendicite, parce qu'il s'agit de gens âgés, parce qu'il marque la douleur dans la région appendiculaire, parce que la température et le pouls peuvent rester absolument indifférents, même au début des formes les plus graves.

V. — Le traitement sera à la fois chirurgical et médical.

L'intervention doit être précoce.

Il ne faut pas attendre un syndrome net d'occlusion associé à des signes d'appendicite.

Comme anesthésie, préférer la rachianesthésie qui a une action certaine sur la motilité intestinale, favorise l'intervention en provoquant parfois une évacuation préopératoire.

Si diagnostic net d'appendicite : incision iliaque droite.

Si diagnostic étiologique impossible : laparotomie médiane. Appendicectomie dans la règle, sauf si appendice trop adhérent enfoui dans un magma.

Toujours faire une fistule de dérivation :

sur le cæcum si celui-ci est distendu,
sinon sur le grêle.

Traitement médical intensif.

En particulier, sérum hypertonique intraveineux
qui permettra de combattre la chloropénie et qui
contribuera à réveiller le péristaltisme intestinal.

Vu : le Président de la thèse,
F. LEJARS.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

OCCLUSION INTESTINALE APRÈS APPENDICECTOMIE.

- Abbé.* — Appendicitis complicated with intestinal obstruction (Ann. Surg. Philadelphie, 1894, p. 677).
- Angus.* — A case of intestinal obstruction due to appendicitis (Northumberl. and Durham Med. Journ. ; Newcastle upon Tyne, 1914, p. 48).
- Arne.* — Occlusion intestinale au cours de l'appendicite. Thèse de Bordeaux, 1908.
- Autefage.* — Occlusion intestinale après ablation de l'appendice: caléotomie médiane, anastomose iléo-colique; guérison (Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chirurgie de Paris, n° 33, 17 déc. 1927).
- Auray.* — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie de Paris, t. 50, 1924, n° 11, 29 mars).
- Auvray.* — A propos de l'occlusion intestinale à la suite de l'appendicite (Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. Paris, 1924, 1, p. 402-404).
- Bayma.* — Obstruccoes intestinaes de origen appendicular (Annaes Paulistaes de Medicina e Chirurgica, Janeiro de 1928, p. 1).
- Bérard et Cotte.* — Occlusion intestinale et septicémie d'origine appendiculaire (Lyon Médical, 1913, p. 109).
- Bougie.* — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Gazette des Hôpitaux, 1900).
- Broca.* — Occlusion intestinale consécutive à l'appendicite (Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 1901, 48^e année, n° 38, 12 mai, p. 445).
- Cohen.* — Occlusion intestinale après appendicectomie à chaud (Soc. belge de Chirurg. Séance du 29 mars 1930).

- Carayon (M.)*. — Des occlusions intestinales d'origine appendiculaire. Thèse de Lyon, 1903-1904, in 1904, in-8°, 80 p., n° 84).
- Carlson (G. W.)* et *Marshall (V. F.)*. — Intestinal obstruction following appendectomy : study of twenty-one cases (Ann. of Surg. Philad., 1926, LXXXIV, p. 583-587).
- Cheever*. — Coudure par adhérence de la partie terminale de l'iléon, cause d'obstruction intestinale dans certains cas d'appendicite aiguë (The Boston Med. and Surg. Journ., t. CLXVIII, n° 20, 15 mai 1913, p. 719; Analyse in Journ. de Chirurg., t. XI, 1913, p. 98).
- Chenut (André)*. — Ileus dynamique post-opératoire guéri après rachianesthésie; les indications de la rachianesthésie dans le traitement des occlusions intestinales (Journ. de Méd. de Bordeaux, LVII, 1927, 25 fév., p. 140-143).
- Occlusion intestinale après appendicectomie à chaud (Soc. Chir. Bordeaux et S. O., 3 avril 1930. Bordeaux chirurgical, juillet 1930, p. 132).
- Chichko*. — L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Travaux de la Clinique du Pr. Oppel, t. III, 1912, p. 215; Analyse in : Journal de Chirurgie, t. VIII, 1912, p. 455).
- Collas*. — De l'occlusion intestinale consécutive aux laparotomies. Thèse de Paris, 1889-1890.
- Croisier (M.)*. — Etranglement du côlon pelvien par l'appendice. Occlusion intestinale. Gangrène (Soc. des chirurgiens de Paris. Séance du 21 février 1930).
- Deaver (J.-B.)*. — Postoperative intestinal obstruction (Atlantic Med. Journ., 1924-1925, XXVIII, p. 421-425).
- Dickson*. — Intestinal obstruction following unrecognized case of appendicitis (New-York State J. M. (New-York), 1923, p. 61).
- Dujarier*. — L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, t. 50, 1924, n° 18, 22 mars).
- Dunet et Vachey*. — Occlusion intestinale tardive après appendicite gangréneuse avec péritonite généralisée (Soc. Nat. de Méd. et des Soc. Med. de Lyon, 4 mars 1925).
- Dupont (R.)*. — De l'occlusion intestinale précoce après l'opération de l'appendicite aiguë (Paris Chirurgial, 1922, XLII, p. 13-30).

- Duverger (J.).* — Adhérences douloureuses consécutives à l'appendicectomie (Journal de Médecine de Bordeaux, 1908, XXXVIII, p. 825).
- Edelmann.* — Spastische Ileus, appendizitis und Darmgrippe (Zeitschr. f. Chir., t. CV, 1928, n° 2, 14 janvier, p. 75).
- Enderien.* — Iléus dans l'appendicite (Société Médicale de Wurzburg, 12 juillet 1910, in München, t. 47, n° 35, 30 août 1910).
- Erdman (S.).* — High enterostomy for relief of ileus complicating appendicitis (Surg. Clin. N. Amer. Philadelphie, 1927, p. 1663).
- Estrem (C. O.).* — Post-operative ileus (Minnesota Med., XI, 1928, février, p. 81-87).
- Fievez.* — Appendicite et occlusion intestinale (Concours Médical, 1924, p. 1116).
- Folliot (M. N.).* — Contribution à l'étude des occlusions intestinale, vraies de cause appendiculaire. Thèse de Bordeaux, 1904-1905, in-8, 83 p., n° 15.
- Fougerat.* — L'iléus mécanique après appendicectomie. Thèse de Bordeaux, 1925-1926, in-9, n° 15.
- Franchini (J.).* — Occlusão intestinal post-operatoria (Gaz des Hosp. do Porto, 1913, VII, p. 82-113).
- Fanck (M. A.).* — Acute postoperative intestinal obstructions (Journ. Indiana Med. assoc., 1913, VI, p. 443-449).
- Gaudin (P.).* — Contribution à l'étude des conclusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire. Thèse de Paris, 1913-1914, in-8°, 128, p. n° 344.
- Gayet.* — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Société de Chirurgie de Lyon, 11 janvier 1912 in : Lyon Chirurgical, t. VII, n° 3, 1^{er} mars 1912).
- Gibson (C. L.).* — Post-operative intestinal obstruction (Ann. of surg. Philad., 1916, LXIII, p. 442-451).
- Gillepsie.* — Acute intestinal obstruction caused by the appendix vermiformis ; The obstruction obscuring an acute appendicitis (The Lancet (London), 1912, p. 792).
- Godlewski.* — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Soc. de Chirurgie de Marseille, séance du 12 mai 1930).
- Goignard (P.), Chevaux et Pouget.* — Appendicite perforée avec abcès pelvien évoluant sous la forme d'une occlusion intestinale chez un vieillard. Accidents graves par raché-anesthésie (L'Algérie Médicale, février 1929, p. 64).

- Grekoſſ, Netchaieff.* — Occlusion intestinale par appendicite (Roussky Vrach., t. VIII, n° 38, 19 septembre 1909).
- Grouew (G.).* — Des occlusions intestinales appendiculaires. Thèse de Paris. 1905-1906, in-8°, 121 p., n° 451.
- Gunn (J. A.).* — Post-opérative ileus (Canad. Med. Ass. Journ., XVIII, 1927, octob., p. 1154-57).
- Hanssen.* — The appendix as a cause of ileus (Med. Rev. (Berlin), 1918, p. 546).
- Harrigan (A. H.).* — Acute intestinal obstruction following appendectomy (Surg. Gynec. et Obst. Chicago, 1919, XXVIII, 561-68).
- Hartwell (J. A.).* — Enterostomy for intestinal obstruction following acute appendicitis (Ann. Surg. Philadelphie 1913, p. 405).
- Hawkes.* — The prevention of intestinal obstruction following operation for appendicitis. Des moyens de prévenir l'occlusion intestinale dans les interventions pour appendicite (Annales of Surgery, 1909, p. 192. Journal de chirurgie, t. II, 1909, p. 559).
- Hein (B.).* — Ein Fall von strangulation ileus bei akuter appendizitis (Med. Klin. Berlin, 1923, p. 460).
- Horine (C. F.).* — The prevention of acute intestinal obstruction ; analysis of 100 cases (Ann. of Surg. Philad., 1924, LXXX, p. 42-44).
- Huguier (A.) et Lanes (J.).* — Deux cas de péritonite avec occlusion aiguë après appendicectomie à froid (Paris chirurgical, 1925, XVII, p. 44-48).
- Ion Jianu et Buzoianu (G.).* — Consideratiuni asupra ocusiilor intestinale post-operatorii apendiculare (Spitalul, n° 2, 1927, p. 54).
- Jankowski.* — Strangulation ileus infolge von multiples adhésions bildung nach appendicitis (Deutsch. Med. Woch. 1909, p. 1656).
- Jemtel.* — Occlusion intestinale de cause appendiculaire (Province médicale, 1^{er} mars 1913).
- Johnstone (R. H.).* — Complications and sequelae of operations, for appendicitis (Illinois Med. Journ., LI, 1927, 23 avril, p. 1320).
- Jouvert.* — Les occlusions mécaniques précoces d'origine appen-

- diculaire et leur traitement. Thèse de Paris, 1926, n° 542, Jouve Edit.
- Judd (A. M.).* — Post-operative mechanical obstruction of the bowel occurring shortly after operative procedure (Long Island Med. Journ. Brooklyn, 1912, VI, p. 9-11).
- Kayner.* — Appendicite aiguë et obstruction intestinale (Journ. Chir., août 1924).
- Kinyon.* — Intestinal resection for obstruction following appendicectomy (Ann. Surg. Philadel., p. 1921, p. 246).
- Kirmisson.* — Occlusion intestinale post-appendiculaire (Bull. et Med. Soc. Chirurg. Paris, 1901).
- Lacroix (A.).* — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires. Thèse de Montpellier, 1922-1923, in-8°, 50 p., n° 20.
- Lamy (E.).* — Les occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire. Thèse de Paris, 1907, in-8°, 144 p., n° 127).
- Lapeyre.* — Occlusion intestinale post-appendiculaire (Comptes rendus du Congrès de chirurgie, de 1903).
- Lardennois.* — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, t. 50, 1924, n° 10, 22 mars).
- Lejars.* — Chirurgie d'urgence.
- Lefort.* — Occlusion très tardive de l'intestin par brides et adhérences, péritonéales après crises appendiculaires. Rapport de Lejars (Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg. de Paris. Séance du 13 avril 1904).
- Lenclos (E.).* — Des occlusions intestinales post-opératoires. Thèse de Nancy, 1898, in-8°, 137 p., n° 22).
- Lenormant.* — Des occlusions intestinales d'origine appendiculaire (Presse médicale, 24 juin 1911).
- Léo.* — Péritonite avec occlusion dans les appendicectomies à froid (Soc. des Chir. de Paris, 16 janvier 1925).
- Leotta.* — Iléo meccanico da appendicite (Med. Nuova Roma, 1914, p. 401).
- Lilienthal.* — Occlusion intestinale consécutive à une opération d'appendicite (Soc. de Chir. de New-York, 13 octobre 1909 in : Annals of Surgery, t. LI, n° 1, janvier 1910).
- Farlau Mac.* — Intestinal obstruction following acute appendicitis (British Med. Journ. London, 1923, p. 31).
- Maisonnet.* — Occlusion intestinale consécutive à une appendicectomie d'urgence. Entérostomie. Interventions consé-

- cutives (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de chirurg., n° 20, 16 juin 1928, t. LIV, p. 816).
- Marion.* — Appendicite et occlusion intestinale (Gazette des Hôpitaux, n° 134, 24 novembre 1900).
- Marshall (V. F.).* — Post-operative complications following appendectomy; report of cases (Wisconsin Med. Journ., 1924-1925, XXIII, p. 553-555).
- Mathieu (P.).* — L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. Paris, 1924, p. 387, 395).
- Martel.* — A propos des occlusions intestinales post-appendiculaires (Soc. Nat. de Chir., 20 juin 1928, p. 898).
- Mathieu.* — Occlusion dans l'appendicite (Journ. de Chir., 1925, p. 655).
- Matthews.* — Appendicitis causing partial intestinal obstruction (S. Clin. North America, octobre 1927, p. 1253).
- Mehlin (H.).* — Isacem und Appendektomie (prévention de l'ileus post-opératoire (Schweiz. Med. Woch., LVII, 22 octobre p. 1307-38).
- Miller (L. I.).* — Post-operative (Colorado Medic. (Denver), 1925, XXII, p. 93-102).
- Naoumoff (G.).* — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires. Thèse de Montpellier, 1895-1896, in-4°, 110 p., n° 69.
- Négrie.* — Un cas d'occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. Paris, 1924, I, p. 438-442).
- Négroni.* — Dell'ileo da appendicite (Ops. Magg. Riv. Soc. Prat. di Milano, 1909, p. 18).
- O'Conor.* — Intestinal obstruction and appendicitis (British medical journal. London, 1918, p. 573).
- Olivecrona (H.).* — Experimental and clinical study of post-operative, so-called paralytic ileus (acta chir. Scandinav., LXI, 1927, p. 485-534).
- Oudard.* — Quatre cas d'occlusion aiguë consécutive à l'appendicectomie (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Chir. Paris, 1924, p. 660-683).
- Parcelier.* — Occlusion intestinale après appendicectomie (Gaz. Hebdom. des Soc. Méd. de Bordeaux, 22 juin 1930. Bordeaux Chirurgical, juillet 1930, p. 162).

- Paschoud.* — Intestinal stasis from chronic appendicitis. Inadequacy of surgical treatment (Rev. Méd. de la Suisse Romande, 16 mars 1927, p. 223).
- Petit.* — De l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite aiguë (Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. Paris, t. 53, n° 25, 22 octobre 1927).
- Pissavy.* — Appendicite à forme d'occlusion intestinale (La Clinique, 19 février 1909).
- Potherat.* — Etranglement intestinal après l'appendicite (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. [Séance du 4 mai 1904]).
- Poucel et Henry.* — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire à pathogénie complexe (Marseille Médical, 1923, p. 310).
- Rayner.* — Occlusion et appendicite (British Medical Journ., mai 1924, p. 855).
- Richardson (E.-P.).* — Ileostomy for post operative obstruction following appendectomy (Semana Med. Boston Med. et Surg. Journ., 1920, CLXXXII, p. 362-366).
- Rivarola (R.) et Detchessarry.* — Sobre dos casos de occlusion intestinal post operatoria (Semana Med., Buenos-Aires, II, 1927, 13 juillet, p. 114).
- Rocher (H.-L.) et Guérin.* — Occlusion intestinale consécutive à une appendicectomie d'urgence. Libération des adhérences. Récidive. Fistulisation du grêle. Fermeture extra-péritonéale (Soc. Chir., Bordeaux, 6 mars 1930. Bordeaux chirurgical, juillet 1930, p. 125).
- Roux-Berger.* — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir., de Paris, t. 50, 1924, n° 11, 29 mars).
- Sacerdot.* — Contribution à l'étude des occlusions intestinales d'origine appendiculaire. Thèse de Paris, 1927, n° 94, Vigné, éditeur.
- Sauve.* — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, t. 50, 1924, n° 11, 29 mars).
- Savariaud.* — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Bul. Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, t. 50, n° 12, 5 avril 1924).
- Sivertsen (I.).* — Post-operative intestinal obstruction (Minnesota Med. Saint-Paul, 1921, IV, p. 559-564).

- Southam (A.H.)* — Treatment of ileus following opérations (Lancet, I, 1928, 7 janvier, p. 41-42).
- Stultz.* — Occlusion intestinale à la suite d'appendicectomie pour appendicite aiguë (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1924, t. I, p. 707-709).
- Swynghedauw et Lejeune.* — Occlusion intestinale consécutive à une appendicite phlegmoneuse (Nord Medical Lille, 1^{er} août 1930, p. 561).
- Theillier (Edmond).* — Contribution à l'étude du traitement des occlusions intestinales après appendicectomie. Thèse de Paris 1928, Lac. Edit. 26, rue Monsieur-le-Prince, VI^e.
- Urrutia (L.).* — Appendicite et occlusion intestinale (Le Praticien du Nord de l'Afrique, n° 1, 15 octobre 1928, p. 29).
- Valentini.* — Occlusion intestinale tardiva nell'appendicite (Riv. de Cir. (Como), 1925, p. I).
- Vanverts.* — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, t. 50, 1924, n° 14, 19 avril 1924).
- Vanverts (J.).* — Occlusion intestinale tardive (volvulus d'une anse grêle) abcès péri-appendiculaire (Réunion Médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lille. Séance du 17 mars 1930).
- Venot.* — Occlusion intestinale au cours de l'appendicite (Journ. de Méd. de Bordeaux, 24 novembre 1907).
- Vergoz.* — Occlusion intestinale tardive après appendicectomie (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, n° 33, 17 déc. 1927).
- Viannay.* — De l'occlusion intestinale consécutive à l'opération pour appendicite à chaud (La Loire Médicale, Saint-Etienne, t. 41, n° 9, septembre 1927).
- Trois cas d'occlusion intestinale survenue peu après une appendicectomie à chaud (Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. Paris, LIII, 1927, 16 juillet, p. 998-1003).
- Vignaud (C.).* — L'appendicite dans ses rapports avec l'occlusion aiguë et chronique. Thèse de Paris, 1900, in-8°.
- Villard.* — De la valeur du péristaltisme intestinal dans le pronostic et le traitement des occlusions post-opératoires (Lyon Médical, 1912, CXVIII, p. 840-848).
- Voncken.* — Les occlusions intestinales consécutives à l'opération pour appendicite aiguë (Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. Paris, LIII, 1927, 25 juin, p. 878-885).

- Les occlusions intestinales consécutives à l'opération pour appendicite aiguë (Archives Méd. belges, LXXXI. 1928, n° 1, janvier, p. 1).

Von Saar. — Ueber Pseudolleus bei Appendizitis (Oest. Aerzt, Zeitung (Wien), 1912, p. 75).

Walker (I. J.). — Post-operative obstruction of the small intestine (Surg. Clin. North. Americ. Philad., 1922, p. 1145-1153).

Warren. — Appendicitis as a cause of intestinal obstruction (Bristol Méd. chir. journ., 1925, p. 23).

- Occlusion intestinale au cours de l'appendicite aiguë (Soc. de Méd. milit. française, 19 avril 1928, p. 59).



